Aus der Königlichen Psychiatrischen- und Nerven-Klinik zu Kiel.

Lethargische Zustände auf hysterischer Basis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät der Königlichen Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Erich Radek

aus Cosel (Oberschlesien).

Cosel 1913.

Druck von H. Radek.

Aus der Königlichen Psychiatrischen-
und Nerven-Klinik zu Kiel.

Lethargische Zustände auf hysterischer Basis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät der Königlichen
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Erich Radek
aus Cosel (Oberschlesien).

Cosel 1913.
Druck von H. Radek.

No. 84.

Rektoratsjahr 1912/13.

Referent: Siemerling.

Zum Druck genehmigt:
Anschütz,
z. Z. Dekan.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0316

Wohl kaum eine Krankheit liefert ein so mannigfaltiges Symptomenbild und soviel Eigentümlichkeiten wie die Hysterie. So interessant die Erscheinungsformen der Hysterie an sich sind, so ist doch wohl kein Symptom der Hysterie stets so rätselhaft erschienen, als die hysterischen Schlafzustände.

Schon die Alten scheinen hysterische Schlafzustände gekannt zu haben, die sie von anatomischen Veränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane abhängig machten. (Hippokrates, Celsus, Galenus). Die Schlafzustände, die bei den Hexenprozessen des Mittelalters eine so grosse Rolle spielten und die als ein Zeichen der Zugehörigkeit zum Teufel und zu der Hölle angesehen wurden, haben wir heut wohl zum grössten Teil der Hysterie zuzurechnen. Erst dem 18. Jahrhundert war es vorbehalten, der Erkenntnis der Hysterie und somit der Schlafzustände näher zu kommen. Es war Lydenham (1757), der als erster klar zum Ausdruck brachte, dass die Hysterie eine Erkrankung des Nervensystems ist und dass die Hysterie nicht, wie man bisher annahm, einzig und allein eine Erkrankung des weiblichen Geschlechtes sei, sondern dass Mann und Weib in gleicher Weise daran erkranken können. Bahnbrechend in der Erkenntnis der hysterischen Schlafzustände ist dann Charkot und seine Schüler vor allem Gilles de la Tourette, die unter hysterischen Schlafattacken die Fälle von Coma, von Synkope, von Lethargie und Apoplexie vereinigen. P. Richer gebraucht als erster die Bezeichnung hysterische Lethargie. Pitres fasst die Schlafzustände als einen Zustand von spontaner Hypnose auf uud hält Lethargie, Katalepsie und Somnam-

bulismus nur für verschiedene Formen des hysterischen Schlafzustandes. Er steht auf dem Standpunkt, dass diese Schlafzustände nur bei Personen vorkommen, die auch Symptome der klassischen Hysteroepilepsie zeigen. Demgegenüber behaupten Löwenfeld und Binswanger, dass dieses zwar das Häufigere sei, aber dass ebenso rein lethargische Zustände ohne jedes Symptom der Hysteroepilepsie vorkämen. Auch Donath ist dieser Ansicht und zeigt dies an einem Fall, wo unter monatelanger Beobachtung über 200 Anfälle reiner Lethargie auftraten. Es war dies ein 17jähriges Mädchen, bei dem sich nach einem überstandenen Typhus infolge seelischer Erschütterung — ein junger Mann, der 1½ Jahr um sie gefreit hatte, trat plötzlich von seiner Bewerbung zurück — lethargische Zustände einstellten. Die Schlafanfälle traten ganz plötzlich, oft während eines heiteren Gespräches auf. Zwei Mal stürzte sie auch plötzlich hin und verletzte sich im Gesicht. Gegen echten Schlaf sprach das Zittern der Augenlider und die Reaktionslosigkeit gegen starke Reize. Autohypnose lag auch nicht vor, da die Kranke in den Schlafzuständen nicht suggestionsfähig war, obwohl sie sonst sehr leicht hypnotisierbar war.

Zerbst beschreibt einen Fall von hysterischer Lethargie, wo eine 44jährige Frau 17 Jahre geschlafen hatte, nachdem sie schon 6 Jahre vorher zahlreiche kleinere Anfälle erlitten hatte. Der 17jährige Schlaf begann im Januar 1886. Die Nahrungsaufnahme erfolgte hierbei ungestört, sie schmatzte, wenn sie Durst hatte, solange bis ihr Flüssigkeit gereicht wurde und wurde unruhig, wenn sie ihre Mahlzeiten nicht rechtzeitig bekam. Als sie bei einem Brande in der Nähe ihrer Wohnung durch das Glockenläuten erwachte, war sie bei völlig klarem Bewusstsein und konnte sich aller Einzelheiten vor 17 Jahren erinnern.

Hitzig erwähnt einen interessanten Fall, wobei nach einem Kopf- und Armtrauma bei einem 20jährigen Arbeiter Schlafzustände auftraten. Als die Wunden verheilt waren, traten in regelmässigen Zwischenräumen

Erregungszustände mit Kopfschmerz und Temperatursteigerung auf, die regelmässig, sobald die Temperatur 39° Celsius erreicht hatte, mit einer Schlafperiode, die von einem Abend bis zum Mittag des dritten Tage dauerte, endigte. Während des Anfalles bestand Amnesie. Nahrung nahm der Kranke niemals zu sich. Dagegen trank er öfters und liess Urin, doch drückte ihn zu diesem Zwecke die Krankenschwester auf die Narbe am Arm, worauf der Patient für kurze Zeit erwachte. Nach den Anfällen war der Kranke für kurze Zeit sehr matt und klagte über heftige Kopfschmerzen, doch nach reichlicher Nahrungsaufnahme fühlte er sich alsbald sehr wohl. Die Sensibilität ist nur in der Umgebung der Narben am Arm derart gestört, dass Pinselberührungen als Schmerzen empfunden wurden.

In neuerer Zeit hat R a e k e 23 Fälle aus der Kieler Nervenklinik, der städtischen Irrenanstalt in Frankfurt a. M. und aus der Tübinger Psychiatrischen Klinik veröffentlicht, von denen 10 einfache hysterische Schlafzustände in direkten Anschlusse an voraufgegangene hysterische Krämpfe betreffen, in 7 Fällen sind es losgelöste Lethargieanfälle und in 6 Fällen handelt es sich um protrahierten hysterischen Stupor, der nur zeitweise den Charakter des Schlafes trug, abwechselnd mit Episoden deliröser Verwirrtheit oder allgemeiner Hemmung mit Einengung des Bewusstseins.

Im folgenden werde ich mir erlauben, einen interessanten Fall von Lethargie auf hysterischer Basis mitzuteilen, der in der Kieler Nervenklinik des Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling behandelt wurde. Es handelt sich um ein 20 jähriges Dienstmädchen Margarete Kl. aus T., die am 1. Februar 1911 zur Aufnahme kam und am 23. März 1911 als geheilt entlassen wurde.

Aerztliches Gutachten über Margarete Kl. aus T.

Die Margarete Kl., die schon immer ein wenig nervenschwach war, leidet seit April 1910 an schwerer Hysterie, die sich hauptsächlich in enormer Schlafsucht äussert. Die Anfälle äussern sich in 2 Arten. Entweder: Patientin

fängt plötzlich zu irgend einer Zeit mehrmals schon beim Essen an still zu werden, sie bekommt starre Augen, die Lider sinken herab, Patientin fühlt eine schwere Müdigkeit im ganzen Körper und schläft plötzlich ein. Der nun folgende Schlaf hält oft ganze Tage an, mehrmals hat er schon 40—48 Stunden gedauert. Es gelingt mit keinem Mittel, die Kl. aus diesem Dämmerschlaf zu wecken, weder mit Lärm noch Gewalt, noch Zufügung von Schmerz. Patientin lässt in diesem Zustande alles mit sich machen, man kann die Glieder z. B. in die abnormsten, unglaublichsten Stellungen bringen, sie bleiben so stehen ohne dass Patientin wach wird oder versucht, die normale Stellung der Glieder wieder zu erreichen. Schliesslich erwacht die Patientin von selbst; sie fühlt sich dann trotz des langen Schlafes müde und wie zerschlagen, hat rasende Kopfschmerzen und manchmal Erbrechen. Erst nach längerer Zeit kehrt sie zu dem normalen Zustande zurück. Das ist die eine Art des Anfalles

Die andere ist die: dass die Kl. zu normalen Schlafenzeit in normalem Zustande zu Bett geht und am nächsten Morgen nicht zu wecken ist. Es schliesst sich dann erwähnter Schlafzustand an den Nachtschlaf an. Die Kl. ist wegen dieses krankhaften Schlafes, der sie zur Arbeit unfähig macht, aus mehreren Diensten entlassen worden. Nun kommt aber hinzu, dass die Kl. auch schon mehrmals Selbstmordideen hat: sie wolle sich aufhängen, ersäufen etc. Diese Selbstmordgedanken sind bei Hysterischen nicht ganz selten und diese Art Patienten versuchen oft mit allen Mitteln ihr Ziel, den Selbstmord zu erreichen. Es ist deshalb dringendes Erfordernis, solche Patientin unter ständiger Kontrolle zu haben. Die Kl. wohnt nun in äusserst ärmlichen Verhältnissen bei ihrer Mutter, die ihrer Arbeit nachgehen muss und so nicht auf ihre Tochter Acht geben kann, so dass letztere sich meist Tage lang ohne Aufsicht befindet. Da nun die Gefahr besteht, dass die Kl. bei der wiederkehrenden Selbstmordidee in einem unbewachten Augenblick den krankhaften Gedanken rasch in die Tat umsetzt, scheint es unbedingt geboten, die Kl.

baldmöglichst in eine Nerven- oder Irrenheilanstalt bis zur deutlichen Besserung in Pflege zu geben.

G. 11. Januar 1911

Dr. med. Hans K.

Anamnese: abgegeben vom Vater am 1. Febr. 1911.

Seit April 1910 leidet Patientin an Zuständen von Schlafsucht. Sie schlief häufig 42 Stunden lang vom Abend bis zum übernächsten Morgen, zeitweise bis zum übernächsten Nachmittag. In dieser ganzen Zeit ist sie höchstens 1 Stunde wach. Der erste Zustand sei mit der Menses aufgetreten, sonst keine Ursache. Die Menses ist normal; letzte am 26. Januar 1911. Der Schlaf sei so tief, dass alles Rütteln nichts helfe, auch der Arzt habe sie nicht wach bekommen. Patientin wacht plötzlich von selbst auf. Nur im Sommer 1910 sei sie 3 Wochen lang von den Anfällen frei gewesen, seitdem kommen sie alle paar Tage vor; letzten Donnerstag, am 26. Januar 1911, schlief Patientin den ganzen Tag, letzten Sonnabend, den 28. Januar, bis nachmittags 4 Uhr, in den letzten Tagen ist sie rechtzeitig um 7 Uhr morgens erwacht. Der Schlaf sei gut. Wegen der Schlafsucht habe sie schon öfters ihre Stellung verlassen müssen. Appetit ist gut, ebenfalls Stuhlgang. Mit 17 Jahren sei sie furchtbar bleichsüchtig gewesen, (Kopfschmerzen, Mattigkeit). Mit 18 Jahren sehr kurzsichtig, brauchte Brille zum Lesen. Patientin sei sehr empfindlich, leicht aufgeregt, sehr zornig. Ueber die jetzige Krankheit sei sie furchtbar ärgerlich gewesen, weil sie nicht mehr arbeiten konnte; war matt, wenn sie den Schlafzustand hatte. Sie habe dann auch Kopfschmerzen und Krämpfe. Die Kinderkrankheiten habe sie nicht durchgemacht. Ihre Mutter litt an Krämpfen, fiel ohne vorhergehende Aufregung plötzlich um, lag 10 Minuten da. Fünf völlig gesunde Geschwister.

Status:

Grösse 1,57 m, Gewicht 52,2 kg, Temperatur 37,8°. Nachmittags vom Vater gebracht. Sitzt vollkommen klar

und besonnen im Aufnahmezimmer, hilft dem Vater bei Abgabe der Anamnese. Sie geht ruhig zum Wachsaal, ist gesprächig und guter Stimmung. Einige Minuten nach dem Baden schläft Patientin ein. Sie liegt mit halbgeöffneten Munde da, die Bulbi etwas nach oben gedreht, die Augenlider setzen dem Öffnen der Augen etwas Widerstand entgegen.

Pupillen weit
R. L. + +.
Kniephenomen + + lebhaft.

Bei Bestreichen der Fusssohle keine Reaktion; bei Kitzeln der Fusssohle und Einstechen mit der Nadel in die Fusssohle nur minimale Reaktion der Zehen. Beim Einstechen in das Septum ganz leichtes Zwinkern der Lider, etwas deutlicher wird diese Reaktion beim Kitzeln der Nasenscheidewand mit dem Pinsel. Im übrigen keine Schmerzreaktion. Das passiv emporgehobene Bein und Haupt lässt Patientin erst nach etwa 5 Minuten langsam sinken. Der emporgehobene Arm sinkt erst nach etwa 10 Minuten langsam, in kaum sichtbaren ruckweisen Bewegungen herab.

2. II heute morgen Zustand völlig unverändert. Erfolglos abgeführt, liess die Glieder dabei schlaff hängen, Augen geschlossen, Mund geöffnet; heute morgen und gestern abend nichts gegessen. Gesicht kongestioniert. Starke Hyperhydrosis man. Der lethargische Zustand dauert bis mittags 1 Uhr. Dann ruft Patientin die Pflegerin, isst Suppe, Gemüse und Fleisch und lässt 2000 ccm Urin, versinkt wieder um 2 Uhr in den Schlafzustand und ist lethargisch den ganzen Nachmittag, auch während der klinischen Vorstellung und den ganzen Abend. Abends weite Pupillen.

Klinische Vorstellung am 2. Februar 1911.

Wie heissen sie denn? . . . . . .

Liegt bequem wie eine Schlafende da. Im Gesichtsausdruck nichts Gezwungenes. Nichts Starres in der Haltung. Atmung etwas oberflächlich, (18).

Pupillen weit R. L. + +.

Leichtes Hin- und Herschwanken der Pupillen, Hippus.

Conjunktival- und Cornealreflex herabgesetzt.

Auf Nadelstiche in der Nasenscheidewand kaum Reaktion. Frische blühende Gesichtsfarbe. Emporgehobener Arm bleibt stehen; Hände wie zum Gebet zusammengelegt, bleiben stehen. Emporgehobene Beine bleiben in sehr unbequemer Haltung stehen. Beine ebenso in gekrümmter Haltung bleiben einige Zeit unverändert stehen, sinken dann aber langsam herab.

Kniephenomen + lebhaft.

Babinski —.

Vor das Bett gestellt bleibt Patientin stehen, der Oberkörper sinkt entsprechend dem Druck der Hand nach vorn über.

Augen bleiben geschlossen (seltener Lidschlag).

Beim Aufsetzen der schwingenden Stimmgabel zwinkert sie etwas mit den Augen.

3. II.: Heute morgen Anhalten des Lethargus. Ebenso den ganzen vormittag. Atmung 19—20, Puls 96 von wechselnder Frequenz. Heute mittag zur Essenszeit meldet sich Patientin zum Essen, nimmt dieselbe in aufrechter Stellung ein. Heute nachmittag nur kurz dauernde lethargische Zustände, heute abend ganz klar. Örtlich und zeitlich vollkommen orientiert. Will von der klinischen Vorstellung und den sonstigen Versuchen, die mit ihr vorgenommen wurden, nichts wissen.

Ziemlich kräftig gebautes Mädchen in gutem Ernährungszustande; lebhaft gerötete Wangen, Schleimhaut leidlich gefärbt. Kopf auf Beklopfen nicht empfindlich. Pupillen weit, etwas excentrisch, gleich rund.

R. L. + +.

R. C. + +.

A. B. frei.

Konjunktivalreflex stark herabgesetzt. VII. symetrisch.

Zunge zittert etwas, leicht belegt, kommt gerade heraus.

Rachen leicht gerötet.

Gaumenbögen gleichmässig gehoben.

Rachenreflexe negativ.
Sprache o. B.
Keine Struma.
Hyperhydrosis man.
Tremor man.
Grobe Kraft gering, rechts gleich links.
Kniephenomen + lebhaft.
Achillessehnenreflex +.
Zehen leicht plantar.
Gang o. B. Romberg - -.
Puls 96, Atmung 22.
Herz und Lungen o. B. Leber normaler Rand.
Urin: Albumen - -. Sacch. - -.

Patientin gibt auf Anfragen an, wann sie am Tage eingeschlafen sei; sie habe vorher weder eine Aufregung noch eine Anstrengung gehabt.

Sie habe sich stets sehr viel darüber geärgert, dass sie matt war und nicht arbeiten konnte. Vor dem Einschlafen habe sie Kopfweh und einen dösigen Kopf gehabt. An das, was mit ihr dann gemacht wurde, könne sie sich nicht erinnern. Auf Befragen gibt Patientin zu, dass sie schon häufig gesagt habe, sie wolle nicht mehr leben, sie habe schon oft vor dem Wasser gestanden, aber sei selbst wieder weggegangen.

4. II. Heute morgen wach. Nachts um 10½ Uhr lag sie mit geschlossenen Augen dar, liess erhobenen Arm stehen. Pupillen weit. 11½ Uhr geschlossene Augen. Patientin fährt beim Heben der Lider empor wie ein Mensch, der wirklich aus dem Schlaf erwacht. 1½ Uhr geschlossene Augen, Pupillen ganz eng.

Heut morgen liegt Patientin mit geschlossenen Augen dar, Pupillen weit; auf leichtes Bespritzen mit Wasser und Zureden richtet sich Patientin auf und ist völlig wach, auf Anordnung steht sie auf. Sie geht den ganzen Tag meist umher, sitzt öfters mit etwas müdem Ausdruck dar, fängt dann auf Aufforderung an wieder umherzugehen. Vormittags arbeitet Patientin etwas; nachmittags sehr verstimmt, weint, sie möchte am liebsten auf dem Friedhof sein.

5. II. Hilft heute bei der häuslichen Arbeit etwas mit. Patientin macht öfters etwas gedrückten Eindruck, gibt keine nähere Auskunft. Sie erzählt der Pflegerin, sie habe einen Abort verbrochen.

6. II. Heut Nacht gut geschlafen. Heut Morgen mit geschlossenen Augen und weiten Pupillen. Mit ein paar Spritzern Wasser wird sie munter. Leichte Angina. Patientin bleibt den ganzen Tag wach.

9. II. Jeden Morgen wacht Patientin recht zeitig auf; keine lethargischen Zustände mehr. In ihrem Wesen ist sie jedoch unzugänglich, zurückhaltend, missmutig, etwas trotzig, lässt oft auf Antwort warten.

In den letzten Tagen etwas Temperaturerhöhung infolge leichter Angina ohne Belag.

11. II. Kein Fieber mehr. Schläft die Nächte gut, wacht rechtzeitig auf, bleibt tagsüber zu Bett, ist etwas verworren und verschlossen. Sie gibt an, zu Hause grossen Ärger gehabt zu haben.

15. II. Patientin ist sehr still und zurückhaltend, spricht kaum ein überflüssiges Wort. Trauriger Gesichtsausdruck. Sie gibt an, sie müsse immer an den Ärger mit ihrer Mutter denken, die sie ausgezankt habe. Näheres gibt sie nicht an. Keine lethargischen Zustände mehr. Patientin isst und schläft gut.

18. II. Gestern Morgen etwas heiterer, lachte etwas, antwortete aber nur einsilbig, ja oder nein. Sie klagte etwas über Kopfschmerzen. Heute wieder verstimmter, arbeitete aber morgens ganz fleissig, soll dabei auch sprechen. Heute abend Suicidversuch durch Strangulation mit dem Taschentuch in Gegenwart einer anderen Kranken. Patientin wird nach dem Wachsaal verlegt; gibt keine Antwort auf Frage, warum sie das getan habe.

20. II. Liegt verstimmt, einsilbig zu Bett, antwortet nicht auf Fragen, warum sie das getan habe. Abends gibt Patientin im Arztzimmer auf Zureden an, sie habe ja schon lange gesagt, sie wolle auf den Friedhof. Sie ärgere sich so darüber, dass ihre Mutter gesagt habe, sie bekomme die Schlafzustände nur, weil sie nicht arbeiten

wolle. Patientin verspricht vernünftig zu sein und bei der Hausarbeit mitzuhelfen.

21. II. Patientin ist heute fleissig bei der Arbeit, hilft beim Reinmachen, gibt freundlich die Hand.

26. II. Während der Menses wieder recht apathisch, schläft viel, muss öfters aufgemuntert werden.

27. II. Patientin steht wieder regelmässig auf, ist fleissig und ziemlich munter.

3. III. Heut Abend sehr verstimmt, weint; gibt keinen Grund an, anscheinend nur, weil sie (aus Platzgründen) im Wachsaal schlafen muss.

8. III In den letzten Tagen wieder gut gestimmt. Patientin hilft fleissig bei der Hausarbeit.

17. III. Ruhiges Wesen, liest viel, hie und da schläfrig, schläft manchmal ein bischen ein, lässt sich aber sofort erwecken. Gestern abend Streit mit einer anderen Patientin; danach aufgeregt, will nicht dableiben, spricht von aufhängen; wird nach dem Wachsaal verlegt.

15. III. Heut ruhig und verträglich, hilft fleissig bei der Hausarbeit.

23. III. Auch in den letzten acht Tagen anhaltend gut gestimmt, beschäftigt sich fleissig, sagt sie fühle sich viel frischer als früher. Während der Menses etwas Kopfschmerzen, keine Schlafzustände mehr. Patientin wird geheilt entlassen.

In diesem Falle handelt es sich um typisch hysterischen Schlafzustand. Eine andere Diagnose ist in Anbetracht der Plötzlichkeit des Auftretens der Schlafanfälle, der vielen für Hysterie charakteristischen Eigentümlichkeiten während des Anfalles, durch Amnesie nach demselben und dadurch, dass Patientin in verschiedenen Körperstellungen zu schlafen vermag, nicht gut möglich.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die Anregung zu dieser Arbeit, für die freundliche Überlassung des Materials und die liebenswürdige Unterstützung bei der Bearbeitung desselben meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Binswanger: Hysterie.
Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.
Raecke: Über hysterische Schlafzustände.
(Berliner klin. Wochenschrift, 1904 Nr. 51).
Donath: Hysterische, schlafähnliche (lethargische) Zustände.
(Wiener klin. Wochenschrift XXI Jahrgang Nr. 50).
Hitzig: Schlafattacken und hypnotische Suggestion.
Berliner klin. Wochenschrtft 1892 Nr. 38.
Hennecke: Ein Fall von Schüttelbewegung des Kopfes.
(Inaugural-Dissertation Kiel 1906.)

Vita.

Ich, Erich Radek, katholisch, geboren den 5. November 1884 zu Cosel Oberschlesien, als Sohn des Buchhändlers und Buchdruckereibesitzers Hermann Radek, besuchte die Volksschule und das Progymnasium daselbst, darauf das Königliche Gymnasium zu Neisse, wo ich Ostern 1906 das Zeugnis der Reife erhielt. Ich wandte mich dem Studium der Medizin auf den Universitäten Heidelberg, Breslau und Kiel zu und bestand in Kiel im Januar 1912 das medizinische Staatsexamen. Im Sommersemester 1909 diente ich bei dem Gren.-Rgt König Friedrich III. (II. Schles.) Nr. 11 in Breslau.